

Ausführlicher Kommentar

zur

Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI) vom 21.08.2025 zum Referentenentwurf eines Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)

von

Prof. Dr. Michael Buerke, Siegen
Vorsitzender der AG Internistinnen und Internisten im Krankenhaus im BDI

und

Friederike Bennett, Berlin
Stellv. Vorsitzende der AG Internistische Notfall- und Intensivmedizin im BDI

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. BDI-Stellungnahme zum KHAG.....	3
2.1. Leistungsgruppensystematik: Nichtberücksichtigung und Streichung von Infektiologie und Angiologie	3
2.2. Personalausstattung der Geriatrie-Leistungsgruppe.....	5
2.3. Pflegepersonaluntergrenzen: Qualitätsmerkmal oder Bürokratieabbau?	6
2.4. InEK-Grouper als Zuweisungsinstrument: Kritik an der Methodik.....	8
2.5. Ärztliche Weiterbildung im Reformprozess.....	10
2.6. Finanzierung über den Transformationsfonds	11
2.7. Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	13
2.8. Bedeutung der ambulanten Versorgung im Kontext der Reform	15
3. Schlussfolgerungen und Ausblick	17
Literatur und Quellen.....	19

1. Einleitung

Die Krankenhausreform befindet sich in einer entscheidenden Anpassungsphase. Der **Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)** hat am 21. August 2025 eine detaillierte Stellungnahme zum Referentenentwurf des *Krankenhausreformatungsgesetzes (KHAG)* vorgelegt. Darin begrüßt der BDI zwar grundsätzlich die Weiterentwicklung der im Vorjahr beschlossenen Reform (KHVVG) zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus, übt jedoch **fundierte Kritik an zentralen Punkten** und formuliert **konkrete Forderungen**. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte – von der Leistungsgruppensystematik über Personalvorgaben und Qualitätssicherung bis hin zu Finanzierung, Weiterbildung und ambulanten Strukturen – fachlich analysiert. Abschließend erfolgt ein Ausblick auf mögliche Auswirkungen auf Versorgungsqualität, Weiterbildung, Krankenhausstrukturen und den Facharztnachwuchs sowie die Herausforderungen im weiteren Gesetzgebungsprozess.

2. BDI-Stellungnahme zum KHAG

2.1. Leistungsgruppensystematik: Nichtberücksichtigung und Streichung von Infektiologie und Angiologie

Ein zentraler Kritikpunkt ist die *geplante Streichung der Leistungsgruppe Infektiologie* sowie die fehlende *Berücksichtigung der Angiologie* als eigenständiger internistischer Schwerpunkt im neuen Leistungsgruppenkatalog. Der BDI lehnt diesen Schritt entschieden ab und begründet dies vor allem mit der ärztlichen Weiterbildungsordnung: *Leistungsgruppen sollten die bestehenden Facharztschwerpunkte abbilden*, da Weiterbildung und Versorgungsqualität dieselben Ziele verfolgen. In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sind sowohl *Innere Medizin und Angiologie* als auch *Innere Medizin und Infektiologie* seit Jahren als eigenständige Facharzttitel verankert. Insbesondere die Infektiologie wurde erst 2021 neu eingeführt und befindet sich noch im Aufbau – ihre Streichung würde ein junges, aber unverzichtbares Fachgebiet empfindlich schwächen.

Aus BDI-Sicht hätte der Wegfall dieser Leistungsgruppen *gravierende Folgen*: Kurzfristig würde die Versorgungsqualität sinken, da komplexe infektiologische und gefäßmedizinische Fälle nicht mehr von ausgewiesenen Spezialisten betreut würden. Langfristig drohe sogar das „*Aussterben*“ dieser *Facharztprofile*, da ohne entsprechende Klinik-Leistungsgruppen die erforderlichen Weiterbildungsinhalte kaum noch im Krankenhaus erworben werden könnten. Der BDI warnt, dass es künftig deutlich erschwert wäre, Fachärztinnen und Fachärzte für Infektiologie und Angiologie auszubilden – im Extremfall könnten diese Facharzttitel ganz verschwinden. Diese Einschätzung teilt auch der Spitzenverband der Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa), dessen Stellungnahme der BDI ergänzt.

Die Kritik am Streichen der Infektiologie wird *breit von Fachkreisen und Patientenvertretern gestützt*. Die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) bezeichnet die komplette Aufgabe der Leistungsgruppe Infektiologie (ebenso wie Notfallmedizin und Kinderchirurgie) als "fachlich in keiner

Weise nachvollziehbar". Weder medizinische Entwicklungen noch Erfahrungen – im Gegenteil, *gerade die COVID-19-Pandemie hat die Unverzichtbarkeit infektiologischer Expertise bewiesen* – rechtfertigen eine Relativierung dieser Disziplin. Auch die BAG Selbsthilfe lehnt die Streichung der Infektiologie entschieden ab und hält sie angesichts der Pandemie-Erfahrungen und neuer Risiken (z.B. Infektionsgefahren durch Klimawandel) für nicht nachvollziehbar. Im Gegenteil werde die Infektiologie aufgrund des demografischen Wandels eher an Bedeutung gewinnen. *Empirische Daten* untermauern diese Bedeutung: 2022 wurde bei 12 % aller stationären Patienten eine Infektionskrankheit als Hauptdiagnose festgestellt; bei 28 % trat zumindest eine Infektion als Nebendiagnose auf. Fälle mit schweren Infektionen zeigen überdurchschnittlich lange Klinikverweildauern, was den Bedarf an spezialisierten Infektiologen verdeutlicht. Zudem ist belegt, dass die Einbindung von Infektiologen die Behandlung schwerer Infektionen verbessert – Mortalität und Liegedauer sinken, der Antibiotikaeinsatz reduziert sich bei besserem klinischem Outcome. Eine *Unterfinanzierung oder allgemeine Zuordnung* dieser komplexen Leistungen an unspezialisierte Häuser (etwa durch Einordnung der Infektiologie in eine allgemeine Leistungsgruppe) birgt daher das Risiko einer Qualitätsverschlechterung und Patientengefährdung.

Auch die *Angiologie* sollte nach Ansicht des BDI nicht ignoriert werden. Dieser internistische Schwerpunkt – zuständig für Gefäßerkrankungen – ist in der MWBO klar definiert und integraler Bestandteil der Inneren Medizin. Obwohl im KHVG 2024 keine eigene Angiologie-Leistungsgruppe eingerichtet wurde, fordert der BDI nun explizit, alle internistischen Schwerpunkte gemäß Weiterbildungsordnung in den Leistungsgruppen abzubilden. Hintergrund ist, dass angiologische Patienten (z.B. mit pAVK, venösen Thrombosen, angiologischen Wundversorgungen) oft komplexe Behandlungen benötigen, die spezifisches Fachwissen erfordern. Die *Bundesärztekammer* hatte bereits im Sommer 2025 darauf hingewiesen, dass die Nichtberücksichtigung der Angiologie einer strukturellen Lücke gleichkommt. Der Verzicht auf eine eigene Angiologie-Leistungsgruppe wurde auch im Bundestag kritisch hinterfragt. Schließlich führt die DRG-Systematik dazu, dass Angiologie-Leistungen bislang häufig in anderen Bereichen (z.B. Kardiologie oder Radiologie) mitlaufend erbracht wurden. Diese *Querschnittsleistungen* drohen bei falscher Zuordnung unterzugehen.

Fazit dieses Punktes: Die Leistungsgruppensystematik muss nach einhelliger fachlicher Meinung die gesamte Breite moderner Medizin abbilden. *Qualitätsorientierung* bedeutet, spezialisierte Gebiete wie Infektiologie und Angiologie nicht aus rein systemtechnischen Gründen aufzugeben. Anstelle einer politisch motivierten Begrenzung der Leistungsgruppen – wie sie im Koalitionsvertrag festgelegt wurde – sollte die medizinische Notwendigkeit im Vordergrund stehen. Die Kritik des BDI und anderer Fachgesellschaften lässt erwarten, dass im Gesetzgebungsprozess zumindest Ausnahmen oder Korrekturen diskutiert werden, um diese beiden Felder adäquat abzudecken. Andernfalls drohen gravierende Versorgungslücken und ein Verlust an Expertise – genau in Bereichen, in denen der medizinische Fortschritt neue Herausforderungen schafft, etwa bei multiresistenten Erregern oder Gefäßkomplikationen in der Multimorbidität.

2.2. Personalausstattung der Geriatrie-Leistungsgruppe

Ein weiterer Schwerpunkt der BDI-Stellungnahme betrifft die personellen Mindestanforderungen für die Leistungsgruppe Geriatrie. Der demografische Wandel führt zu einem steigenden Versorgungsbedarf älterer, multimorbider Menschen – hier nimmt die Geriatrie eine Schlüsselrolle ein. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hat dafür spezifische Vorgaben in der Leistungsgruppe Geriatrie (Nr. 56) formuliert, insbesondere zu den Facharztqualifikationen, die in geriatrischen Teams vertreten sein müssen. Vorgesehen sind *Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Neurologie, Allgemeinmedizin, Physikalische/Rehabilitative Medizin und Psychiatrie* – jeweils mit der Zusatzweiterbildung Geriatrie.

Allerdings hat sich gezeigt, dass die *gesetzliche Formulierung im KHVVG 2024 fehlerhaft* war. In der verabschiedeten Anlage wurde die Schwerpunktbezeichnung *Geriatrie* sowie der Facharzt *Innere Medizin und Geriatrie* nicht ausdrücklich genannt; zudem fehlten in der Rubrik „Vorhaltung“ die Fächer Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Stattdessen erweckte der Text den Eindruck, es müssten *zwei Neurologen oder zwei Fachärzte für Physikalische Medizin mit Zusatzweiterbildung Geriatrie* vorgehalten werden. Die Folgen wären gravierend: *Über 70 % der Geriater in Deutschland haben Innere Medizin als Grundfacharzt*. Würde man tatsächlich zwei Neurologen oder Rehamediziner verlangen, könnten mindestens 80 % der heutigen akutgeriatrischen Abteilungen die Vorgaben nicht erfüllen – faktisch stünden sie vor dem Aus, was einen Zusammenbruch der geriatrischen Versorgung bedeuten würde. Diese *redaktionelle Unrichtigkeit* wurde vom Bundesverband Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) umgehend aufgezeigt. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat in ersten Gesprächen bestätigt, dass eine derart einschränkende Vorgabe *nicht beabsichtigt* war und durch einen Textfehler entstand.

Der BDI fordert nun im Rahmen des KHAG eine klare *Nachbesserung zugunsten einer praxismgerechten Definition der LG Geriatrie*. Aus Sicht des BDI – *unterstützt von der DGG* – sollen die maßgeblichen Facharztgruppen *auf die im KHVVG genannten beschränkt bleiben*, nämlich Innere Medizin, Neurologie und Allgemeinmedizin (jeweils mit Geriatrie-Zusatz). Eine Ausweitung auf beliebige Fachgebiete mit Zusatzweiterbildung Geriatrie (etwa auch Chirurgen, Orthopäden etc. mit kurzem Geriatriekurs) lehnt der BDI ab, da dies medizinisch nicht sinnvoll sei und das Ziel der strukturierten Qualitätsverbesserung unterlaufe. Die Erfahrungen zeigen, dass Geriatrie-Patienten überwiegend internistische und neurologische Probleme haben – zwei Drittel der Hauptdiagnosen in akutgeriatrischen Kliniken entfallen auf Innere Medizin, der Rest vor allem auf Neurologie (z.B. Schlaganfälle) sowie typische Altersverletzungen wie Schenkelhalsfrakturen. International ist die Geriatrie ebenfalls meist internistisch geprägt: In Ländern wie Frankreich, England, Spanien oder der Schweiz existieren geriatrische Facharztausbildungen mit internistischem Schwerpunkt. Zudem sind in Deutschland nahezu alle geriatrischen Universitätslehrstühle mit Internisten oder Neurologen besetzt – ein Indiz dafür, dass diese Kernfächer die wissenschaftliche und klinische Geriatrie tragen.

Die Forderung des BDI lautet daher: Bei den personellen Anforderungen der LG Geriatrie muss es bei den genannten Facharztgruppen bleiben. Eine Verwässerung

durch "fachfremde" Grundqualifikationen würde weder der Realität in den Teams noch der Versorgungsqualität gerecht. Vielmehr brauche es ggf. Eine *umgehende Korrektur* des Gesetzestextes, damit Innere Medizin und Allgemeinmedizin als Grundfachrichtungen explizit einbezogen werden. Diese Korrektur ist essenziell, um die *flächendeckende Altersmedizin* nicht zu gefährden.

Positiv hervorzuheben ist, dass das BMG die Problematik bereits erkannt hat. Im KHAG-Entwurf sind nun Anpassungen vorgesehen, wobei aber auch diskutiert wird, ob man die strikte Begrenzung auf die drei Kernfächer lockern sollte. Hier zeichnet sich ein Unterschied zwischen internistischer Sicht und etwa mancher Landesforderung ab: Einige Länder möchten ggf. mehr Flexibilität, um vor Ort leichter Geriatrie-Einheiten ausweisen zu können. Doch aus Qualitätssicht argumentieren BDI und DGG, dass eine zu breite Zulassung letztlich *die Spezialisierung und Expertise in der Altersmedizin verwässert*. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zeigen, dass die Geriatrie als Querschnittsfach am besten durch *internistisch oder neurologisch geprägte Geriater* gewährleistet wird.

Insgesamt zeigt dieser Punkt, wie entscheidend *klar definierte Strukturkriterien* sind. Eine kleine Ungenauigkeit im Gesetzestext hätte beinahe gravierende Folgen gehabt. Zugleich macht der Fall deutlich, dass Korrekturen im Sinne der Versorgung konsensfähig sind – Fachverbände (BDI, DGG), BMG und vermutlich auch die Länder ziehen hier an einem Strang, da niemand die geriatrische Versorgung gefährden will. Im weiteren Gesetzgebungsprozess wird es darauf ankommen, einen *Ausgleich zwischen Flexibilität und Qualitätsstandards* zu finden: Einerseits müssen ausreichend Fachärztinnen und Fachärzte mit Geriatrie-Expertise verfügbar sein, andererseits dürfen kleinere Häuser – etwa geriatrische Abteilungen im ländlichen Raum – nicht durch überzogene Formalien ausgeschlossen werden. Die BDI-Stellungnahme bietet hierfür eine wissenschaftlich fundierte Grundlage, die auf breite Unterstützung stoßen dürfte.

2.3. Pflegepersonaluntergrenzen: Qualitätsmerkmal oder Bürokratieabbau?

Ein kontrovers diskutiertes Thema ist die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als prüfbares Strukturmerkmal im Leistungsgruppenkatalog. Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung nicht länger vom Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen der Leistungsgruppen-Prüfung kontrolliert wird. Zwar bleiben die in der PpUGV festgelegten Mindestbesetzungen in pflegesensitiven Bereichen *rechtlich weiterhin verbindlich*, doch soll deren Einhaltung künftig nicht mehr bürokratisch als Qualitätskriterium nachgewiesen werden müssen. Diese Änderung bewertet der BDI überraschend positiv: Da die PpUG formal bestehen bleiben, jedoch die doppelte Prüfung entfällt, sieht der BDI darin ein *Signal des Bürokratieabbaus und des Vertrauens* im Sinne des Koalitionsvertrages. Aus seiner Sicht ist die Qualität nicht gefährdet, solange die Untergrenzen de facto weiter gelten; im Gegenteil würde die Abschaffung redundanter MD-Prüfungen den Kliniken administrativ Luft verschaffen. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) *begrüßt die Streichung der PpUG als Qualitätskriterium* ausdrücklich. Aus Sicht der Kliniken führt die bisherige Doppelkontrolle (erst interne/prüferische Nachweise, dann MD-Prüfung) vor allem zu

Aufwand, während die Personalvorgaben ja ohnehin einzuhalten sind. Der BDPK (Bundesverband Deutscher Privatkliniken) weist zudem darauf hin, dass die Einführung der PpUG seit 2019 bereits erhebliche Kostensprünge verursacht hat – ein Hinweis, dass starre Untergrenzen finanziell und organisatorisch schwierig umzusetzen sind. Insofern erhoffen sich die Krankenhausträger durch die Änderung mehr *Flexibilität im Personaleinsatz*, ohne ständig Sanktionsprüfungen im Nacken.

Demgegenüber sehen Pflegeverbände, Gewerkschaften und Patientenvertreter die Streichung mit großer Sorge. Die DGIIN nennt diese Maßnahme einen „*gefährlichen Rückschritt in der Qualitätssicherung*“, den sie kategorisch ablehnt. Begründung: Pflegepersonaluntergrenzen seien ein *essentieller Baustein der Patientensicherheit*, insbesondere bei schwerkranken Patienten, und ohne verbindliche Mindeststandards wäre die adäquate Pflege gefährdet. Tatsächlich belegen internationale Studien, dass eine bessere Pflegekraft-Patienten-Relation mit niedrigeren Komplikations- und Mortalitätsraten einhergeht. Aus DGIIN-Sicht schwächt die Entfernung der PpUG als Qualitätsmerkmal die Reform und gefährdet Patientinnen und Patienten – daher verlangt die DGIIN, *sämtliche Qualitätsvorgaben, auch die PpUGV, verbindlich* beizubehalten. In ähnlicher Weise warnt der Deutsche Pflegerat vor Einbußen in der Versorgungsqualität, sollten die Untergrenzen gestrichen werden. Die Gewerkschaft Ver.di fordert in ihrer Stellungnahme ausdrücklich die *Beibehaltung der PpUG als Qualitätskriterium*, da andernfalls die ohnehin angespannte Personalsituation weiter verschlechtert werden könnte.

Auch aus Patientensicht besteht die Befürchtung, dass ohne externe Kontrolle die Einhaltung der Untergrenzen verwässert wird. Die BAG Selbsthilfe etwa kritisiert, es sei keine echte *Entbürokratisierung*, sondern faktisch das Aufgeben der Verpflichtung, wenn die MD-Kontrolle wegfällt. Man könne dann nicht mehr sicher sein, dass die Häuser ausreichend Pflegepersonal vorhalten, da Sanktionen oder Nachprüfungen fehlen. Die BAG fordert daher *dringend, die MD-Kontrollen beizubehalten*. Ihrer Ansicht nach müssen im Zweifel eher zusätzliche Transparenzmechanismen geschaffen werden, etwa ein Register, aus dem für Patientinnen und Patienten ersichtlich wird, ob ein Krankenhaus die personellen Qualitätsstandards erfüllt. Auch der Verband der Ersatzkassen (vdek) spricht sich klar gegen die Streichung aus: *"Die PpUG sind wichtig, um eine Patientengefährdung zu vermeiden, und sind deshalb auch weiterhin anzuwenden."* In der Überschrift ihrer Pressemitteilung formuliert die vdek deutlich: *„Keine Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen“*.

Somit prallen in dieser Frage *unterschiedliche Prioritäten* aufeinander. Auf der einen Seite steht der Wunsch nach *Bürokratieabbau und größerem Handlungsspielraum* für Kliniken – unterstützt von Ärzteverbänden (BDI, DKG) und Klinikeignern (BDPK). Auf der anderen Seite pochen Pflegeprofession und Patientenvertreter auf *verbindliche Qualitätskontrollen*, um den politischen Druck aufrechtzuerhalten, genügend Pflegekräfte einzusetzen. In der Sache haben beide Seiten Argumente: Zwar bleiben die Untergrenzen formal bestehen, doch ohne Kontrolle besteht das Risiko, dass in der täglichen Praxis eher am Limit oder darunter gearbeitet wird – zumal Kliniken unter wirtschaftlichem Druck personell oft knapp kalkulieren. Andererseits bringen doppelte Prüfmechanismen tatsächlich wenig Mehrwert, wenn bereits andere Instanzen (z.B. Wirtschaftsprüfer gegenüber den Kassen) die Einhaltung attestieren müssen. Mögliche *Kompromisslösungen* könnten darin bestehen, die Prüfintervalle zu strecken oder anlassbezogen (bei Verdacht auf Unterschreitung) prüfen zu lassen, statt jede

Quartalsquote nachzurechnen. Wichtig ist jedenfalls, dass die intendierte Entlastung der Kliniken nicht zu Lasten der Pflegequalität geht. Im weiteren Gesetzgebungsverlauf dürfte dieses Thema intensiv diskutiert werden. Die Koalition wird abzuwägen haben, ob das Signal des Vertrauens (weniger Kontrollen) tatsächlich verantwortlich ist – oder ob angesichts chronischer Personalengpässe im Pflegesektor eher mehr staatliche Kontrolle nötig wäre, um patientensichernde Mindeststandards durchzusetzen.

2.4. InEK-Grouper als Zuweisungsinstrument: Kritik an der Methodik

Bereits das KHVVG sah vor, den bestehenden *InEK-DRG-Grouper* – eigentlich ein Abrechnungstool für Fallpauschalen – nun auch zur *Zuweisung von Leistungsgruppen* heranzuziehen. Diese technische Lösung stößt beim BDI auf deutliche Kritik. *Problematisch* sei insbesondere die Innere Medizin: Hier lassen sich viele Fälle nicht eindeutig einer einzigen Leistungsgruppe zuordnen, da die Patienten oft *mehrdimensionale Erkrankungsbilder* haben. Beispielsweise kann ein komplexer internistischer Fall mehrere Schwerpunkte berühren (etwa zugleich endokrinologische und nephrologische Probleme). Der Grouper aber erzwingt eine Einordnung nach bestimmten Hauptdiagnosen und Rechnungskategorien, was der tatsächlichen Versorgung nicht immer gerecht wird.

Zudem beruht die geplante LG-Zuweisung mittels Grouper auf *historischen Abrechnungsdaten*, die ihrerseits verzerrt sein können. In der Vergangenheit haben viele Krankenhäuser ihre stationären internistischen Leistungen – unabhängig von der Spezialisierung – aus wirtschaftlichen Gründen unter dem Fachabteilungsschlüssel *Allgemeine Innere Medizin* abgerechnet. So wurden etwa auch spezialisierte Fälle (aus Endokrinologie, Rheumatologie etc.) formal als allgemeininternistische DRGs kodiert. Wenn man nun diese Datenbasis nimmt, um Vorhaltebudgets pro Leistungsgruppe zu berechnen, entsteht die Gefahr *fehlerhafter oder verzerrter Zuordnungen*. Der BDI befürchtet, dass bestimmte *hochkomplexe internistische Gruppen* dabei unter den Tisch fallen könnten: Genannt werden *komplexe Endokrinologie und Diabetologie, komplexe Nephrologie, komplexe Gastroenterologie, komplexe Pneumologie und komplexe Rheumatologie*. Würden diese in den Vergabedaten der letzten Jahre fälschlich als "allgemein" eingeordnet, könnten *Vorhaltebudgets an falsche Stellen fließen* bzw. bestimmte Fachbereiche gar kein eigenes Budget erhalten. Im schlimmsten Fall könnte das Krankenhäuser dazu verleiten, auf die *Vorhaltung* solcher spezialisierten Bereiche zu verzichten, da sie in der Planung nicht abgebildet sind. Dies widerspräche aber dem Reformziel, komplexe Leistungen in Zentren zu konzentrieren – man liefe Gefahr, wichtige internistische Subspezialitäten weiter zu schwächen.

Der BDI fordert daher zweierlei: *Erstens* eine Überarbeitung der Leistungsgruppensystematik selbst, damit alle internistischen Schwerpunkte gemäß Weiterbildungsordnung erfasst sind (wie im vorherigen Abschnitt erläutert). *Zweitens* – und konkreter für die Methodik – die Einführung *verbindlicher, einheitlicher Kodierregeln für Fachabteilungsschlüssel*, um Fehlzuordnungen künftig zu vermeiden. Einheitliche Standards könnten sicherstellen, dass z.B. ein endokrinologischer Fall auch tatsächlich als solcher erfasst wird und nicht pauschal in

"Innere allgemein" läuft. Diese Forderung deckt sich mit Initiativen der Fachgesellschaften: So hat die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI) bereits im Juni 2025 betont, dass die Freigabe der Leistungsgruppe Infektiologie durch den zuständigen Ausschuss noch aussteht und klare Kriterien für die Zuordnung geschaffen werden müssen. Auch das Bundesgesundheitsministerium weist in den Gesetzesmaterialien darauf hin, dass der Grouper für manche Falltypen (etwa kombinierte Prozeduren) an Grenzen stößt.

Kritisiert wird zudem, dass *administrative Gründe* offenbar Einfluss auf inhaltliche Entscheidungen hatten. Die BAG Selbsthilfe moniert, die vier gestrichenen Leistungsgruppen (Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Kinder- und Jugendmedizin/-chirurgie) seien „offenbar nur aufgrund der Groupersystematik des DRG-Systems“ den allgemeinen Leistungsgruppen zugeordnet und daher eliminiert worden. Eine solche Vorgehensweise hält die BAG für *nicht sachgerecht*, da sie komplexe Bereiche unterfinanziert und potenziell unspezialisierten Einrichtungen überlässt. Auch hier klingt an, dass man das *Technik-Tool Grouper nicht zum Taktgeber medizinischer Strukturplanung* machen sollte. Aus Perspektive der Versorgungsqualität müsste die Logik eher umgekehrt sein: Erst definieren Fachleute die sinnvollen Leistungsgruppen (anhand von Versorgungsbedarf und Weiterbildung), dann müssen *Abrechnungsinstrumente entsprechend angepasst* oder erweitert werden, nicht umgekehrt.

Zusammengefasst drängt der BDI – gemeinsam mit anderen Fachverbänden – darauf, die Daten- und Zuweisungsgrundlage im Reformprozess zu verbessern. Der InEK-Grouper ist für die klassische Fallabrechnung entwickelt – seine Erweiterung zur Strukturzuweisung ist innovativ, birgt aber Ungenauigkeiten. Es bedarf daher entweder ergänzender Algorithmen oder zumindest gründlicher Plausibilitätsprüfungen, um die beschriebenen Schieflagen zu vermeiden. Gelingt dies nicht, könnte die Reform an entscheidender Stelle untergraben werden: Anstatt eine echte Qualitätssteuerung zu erreichen, würde man auf veralteten Statistiken aufbauen und möglicherweise *Fehlanreize* setzen (Krankenhäuser könnten versuchen, ihre Leistungen "passend" zu kodieren, um in bestimmte LG-Schubladen zu fallen, anstatt sich real zu spezialisieren). Dies wäre kontraproduktiv. Daher ist dem Gesetzgeber im weiteren Verfahren zu raten, die Hinweise des BDI ernst zu nehmen: *Datenbasis verbessern, Fachlogik vor Technik stellen und Transparenz schaffen*, wie die leistungsgruppenbezogene Zuordnung genau erfolgt. Nur so kann das neue System Akzeptanz finden und tatsächlich die Versorgungsstrukturen zielgenau steuern.

2.5. Ärztliche Weiterbildung im Reformprozess

Ein Aspekt, den der BDI besonders hervorhebt, ist die *ärztliche Weiterbildung*. Die Krankenhausreform wird erhebliche Auswirkungen auf ihre Struktur haben. Durch Leistungsbündelung an ausgewählten Standorten und mögliche Schließung kleiner Abteilungen (Leistungskonzentration) wird der klassische Weiterbildungspfad – viele Jahre in einem Krankenhaus alle Inhalte zu erlernen – zunehmend erschwert. Künftig wird eine vollständige Facharzt-Weiterbildung oft nur noch *standortübergreifend* oder in Kombination von Klinik und Praxis möglich sein. Dies liegt auch daran, dass immer mehr ehemals stationäre Leistungen ambulant erbracht werden (Stichwort Ambulantisierung). Gerade internistische Schwerpunkte, die im DRG-System wirtschaftlich unattraktiv waren – etwa Angiologie, Rheumatologie, Endokrinologie/Diabetologie – sind in vielen Krankenhäusern bereits ausgedünnt oder ins Ambulante verdrängt. Die Reform wird diesen Trend verstärken. Die Folge: Es gibt immer weniger Kliniken, in denen junge Ärztinnen und Ärzte noch das gesamte Spektrum eines Fachgebiets erlernen können.

Der BDI warnt, dass ohne Gegensteuern *weniger Weiterbildungsmöglichkeiten zu weniger Fachärztenachwuchs führen*. Er fordert Bund und Länder auf, die ärztliche Aus- und Weiterbildung bei allen Reformschritten von Anfang an mitzudenken. Konkret weist er darauf hin, dass *neue Weiterbildungsverbünde* nötig sind: Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen und niedergelassene Praxen sollten sich zusammenschließen, um eine kontinuierliche, geplante Weiterbildung über Sektorengrenzen hinweg zu ermöglichen. Solche Verbünde könnten Rotationen regeln und sicherstellen, dass Weiterzubildende alle erforderlichen Inhalte strukturiert durchlaufen. Einige Modelle dafür existieren schon (z.B. in der Allgemeinmedizin), sie müssten aber auf alle Fachgebiete ausgeweitet und von den Landesärztekammern unterstützt werden. Der BDI betont zudem, dass die *Hoheit über die Weiterbildungsinhalte bei den Ärztekammern verbleiben muss*, die Reform darf also nicht an den Kammern vorbei neue quasi-Weiterbildungsstrukturen definieren.

Ein zentrales Problem ist die *Finanzierung der Weiterbildung*. Im ambulanten Bereich ist die ärztliche Weiterbildung derzeit unzureichend finanziert und teils gar nicht zugänglich. Beispielsweise in hausärztlichen Praxen werden Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nur in der Allgemeinmedizin systematisch durch Förderprogramme (§75a Abs 1. SGB V) unterstützt; angehende Internistinnen und Internisten, die im hausärztlichen Sektor lernen wollen, gehen leer aus. Hier fordert der BDI, Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunkt (die hausärztlich tätig werden wollen) *gleichzustellen und in die Förderung aufzunehmen*. Generell brauche es ein umfassendes Konzept, wie Facharztweiterbildung künftig finanziert wird – sowohl in der Klinik (Stichwort: Berücksichtigung von Weiterbildungsstellen in Vorhaltekosten) als auch in der Praxis. Das derzeitige DRG-System und der EBM (einheitliche Bewertungsmaßstab in der ambulanten Vergütung) bilden die Kosten der Weiterbildung nicht angemessen ab. In Zeiten von Fachkräftemangel und hoher Arbeitsverdichtung leidet die Weiterbildung oft zuerst – viele junge Ärzte sind unzufrieden mit unstrukturierten Abläufen und fehlender Betreuung. Hier müsse dringend gegengesteuert werden, etwa durch fest eingeplante Weiterbildungszeiten, bessere Supervisionsrelationen und planbare Rotationen.

Der BDI mahnt in seiner Stellungnahme unmissverständlich, dass *die ärztliche Weiterbildung im Rahmen der Krankenhausreform nicht vernachlässigt* werden darf – eine Auffassung, die viele Expertinnen und Experten teilen. Die Bundesärztekammer betonte in ihrer Anhörung, dass die Reform zwar Versorgungsstrukturen umgestaltet, aber „*die Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses elementar*“ bleibt und in Konzepten wie Level-Kliniken und spezialisierte Zentren mitbedacht werden muss (z.B. durch Verbundermächtigungen für die Weiterbildung). Auch der Marburger Bund (Ärztegewerkschaft) hat wiederholt angemahnt, dass Klinikschließungen oder -umwandlungen nicht zu Lasten der Ausbildungsplätze gehen dürfen – andernfalls drohe in einigen Jahren ein eklatanter Fachärztemangel in bestimmten Regionen und Disziplinen.

Potenzielle Auswirkungen: Vernachlässigt man diesen Bereich, könnten die Reformziele konterkariert werden. Was nützt etwa ein neuer Infektionsschwerpunkt in einzelnen Zentren, wenn es keine Infektiologen mehr gibt, die ihn besetzen – weil die Weiterbildung weggebrochen ist? Genau auf solche Szenarien weist der BDI hin. Gleichzeitig eröffnet die Reform Chancen: Durch Ambulantisierung und neue Kooperationsformen könnten innovative Weiterbildungspfade entstehen, die attraktiver sind (z.B. Rotation zwischen moderner Tagesklinik und hochspezialisierter Zentrumsambulanz). Dazu müssen aber *zeitnah die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen geschaffen* werden. Der BDI hat hierzu klare Vorschläge gemacht (Förderausweitung, Verbundweiterbildung, Finanzierungsmodelle). Im Gesetzgebungsverfahren wird es darauf ankommen, diese Vorschläge aufzugreifen. Gelingt eine nachhaltige Verankerung der Weiterbildung im Reformkonzept, würde dies nicht nur die Versorgungsqualität sichern, sondern auch das Signal an den medizinischen Nachwuchs senden, dass er in diesem Wandel einen Platz hat – ein wichtiger Faktor, um weiterhin genügend junge Ärztinnen und Ärzte für die patientennahe Versorgung zu gewinnen.

2.6. Finanzierung über den Transformationsfonds

Die Reform des Krankenhauswesens erfordert erhebliche Investitionen, um strukturelle Veränderungen wie Umbauten, Fusionen und neue Versorgungsmodelle zu ermöglichen. Bereits mit dem KHVVG wurde dafür ein Krankenhaus-Transformationsfonds eingerichtet, gespeist aus Beitragsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Bundesmitteln. Das KHAG sieht nun *eine geänderte Finanzierung dieses Fonds* vor: Anstelle einer Kofinanzierung durch die GKV soll der Topf (25 Mrd. € insgesamt, bis zu 2,5 Mrd. € pro Jahr) vollständig aus *Bundesmitteln* – konkret aus dem Sondervermögen „Infrastruktur und Klimaneutralität“ – gespeist werden. Diese Bundesmittel fließen in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und werden ab 1. April 2026 jährlich bereitgestellt.

Der BDI *begrüßt diese Entscheidung ausdrücklich*. Damit wird ein finanzpolitischer Irrweg beendet, den auch die Ersatzkassen und zahlreiche Expertinnen und Experten von Beginn an kritisiert hatten: die Finanzierung der Krankenhausstrukturreform über Beiträge der Krankenversicherten. Nun übernimmt der Bund diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe – ein wichtiges Signal an Beitragszahler und Arbeitgeber, dass die 25 Mrd. € nicht aus der GKV stammen. Der BDI betont, dass dies den Kliniken mehr Planungssicherheit gibt und eine zusätzliche Belastung der GKV-Beitragszahler verhindert. Die ursprüngliche Finanzierung über einen GKV-

Sonderbeitrag war umstritten; die neue Lösung macht den Fonds zu einem Investitionsprogramm der öffentlichen Hand – und entspricht damit dem Charakter einer Strukturreform deutlich besser.

Kritisch merkt der BDI an, dass die Mittel erst ab April 2026 fließen – „aus Sicht des BDI zu spät“. Ursprünglich war der Fonds im KHVVG so ausgestaltet, dass bereits 2024/2025 erste Projekte gefördert werden könnten. Durch die Umstellung auf das Sondervermögen verzögert sich der Start um etwa ein Jahr. Verwaltungskosten und Anträge können zwar schon vorher vorbereitet werden, aber für echte Investitionsmaßnahmen steht das Geld erst 2026 zur Verfügung. Für viele Kliniken, die unter akutem finanziellem Druck stehen, ist dies in der Tat zu spät. Dringend notwendige Transformationen – etwa der Umbau kleiner Häuser zu ambulanten Gesundheitszentren – können so lange nicht angegangen werden, weil Finanzierungslücken bestehen. Der BDI hätte sich hier offenbar einen früheren Mittelabfluss gewünscht, um *sofort Anreize für Veränderungsprojekte* zu schaffen. Auch der Deutsche Städtetag und die DKG haben darauf hingewiesen, dass ohne zeitnahe Investitionsmittel die Reform vor Ort ins Stocken geraten könnte (viele Länder und Träger warten auf Zuschüsse, bevor sie Strukturen anpassen).

Dennoch überwiegt in den Stellungnahmen die Erleichterung über die neue Finanzierungslogik. Die vdek etwa formuliert: *„Ein finanzpolitischer Irrweg wird beendet“* – die GKV wird nicht länger belastet. Dies erhöht auch die politische Akzeptanz der Reform: Die Krankenversicherungen hatten gedroht, bei zusätzlicher Beitragslast Widerstand zu leisten, was nun vom Tisch ist. Zudem ermöglicht die Bundesfinanzierung theoretisch eine Aufstockung oder flexible Handhabung des Fonds, falls sich der Bedarf ändert (das Sondervermögen bietet Spielräume innerhalb des Bundeshaushalts).

Ausblick und Bewertung: Die Mittelverteilung aus dem Transformationsfonds wird ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Reform sein. Der BDI begrüßt die damit verbundene Planungssicherheit: Krankenhäuser können bis 2033 jährlich mit substantiellen Fördermitteln rechnen. Entscheidend wird jedoch sein, klare *Kriterien und Prioritäten* für den Mitteleinsatz zu definieren: Welche Projekte werden gefördert? Nach Qualität, nach Dringlichkeit (z.B. Regionen mit Versorgungsengpässen) oder nach Innovationsgrad? Hierzu gibt es bereits Diskussionen im zuständigen Fondsbeirat. Die BDI-Stellungnahme geht auf die Verteilungsmodalitäten nicht im Detail ein, konzentriert sich aber auf die finanzielle Makroebene. Aus internistischer Perspektive wäre zu hoffen, dass z.B. *Zentrenbildung für komplexe internistische Erkrankungen* (Infektionszentren, rheumatologische Tageskliniken, Altersmedizin-Netzwerke etc.) gefördert werden. Fachgesellschaften wie die DGI oder DGG könnten mit Projekten antreten, um ihre Bereiche zu stärken. Der Gesetzgeber sollte im weiteren Prozess sicherstellen, dass die *Verwendung der 2 Mrd. transparent und zielgerichtet* erfolgt – nur dann entfaltet die Reform ihre Wirkung.

Kurzfristig bleibt die Kritik des BDI relevant, dass 2025 ein Übergangsjahr ohne abrufbare Mittel ist. Möglicherweise wird dies politisch noch adressiert, etwa indem man im Bundeshaushalt 2025/26 vorübergehende Überbrückungshilfen für besonders notleidende Kliniken einplant. Ein Scheitern der Reform an finanziellen Engpässen darf nicht passieren – insoweit ist die richtige Finanzierung eine Grundvoraussetzung, die mit dem KHAG immerhin konzeptionell geschaffen wurde.

2.7. Verschobene Einführung der Vorhaltevergütung

Ein weiterer zentraler Punkt im KHAG ist die *verschobene Einführung der Vorhaltevergütung*. Die Vorhaltefinanzierung – also ein fallzahlunabhängiges Budget pro Leistungsgruppe, das jedem Krankenhaus für die bereitgehaltene Versorgungsstruktur gezahlt wird – galt im KHVVG als Herzstück der neuen Vergütungssystematik. Ursprünglich sollte sie ab 2027 wirksam werden. Nun plant der Referentenentwurf, den Start um ein Jahr auf den *1. Januar 2028* zu verschieben. Die Jahre 2026 und 2027 wären demnach *budgetneutrale Übergangsjahre*, in denen zwar Leistungsgruppen zugewiesen werden, aber noch keine entsprechenden Vorhaltebudgets fließen.

Der BDI sieht diese Verzögerung kritisch. Zwar äußert er sich in der Stellungnahme nicht so ausführlich wie zu anderen Punkten, doch die Bemerkung, dass die Mittel aus dem Transformationsfonds erst ab April 2026 kommen, sei "zu spät", lässt eine ähnliche Bewertung für die Vorhaltevergütung vermuten. Aus Sicht der Kliniken und der Ärzte wäre ein früherer Einstieg wünschenswert, um die Vorteile der Reform – nämlich finanzielle Stabilisierung vorhaltensnotwendiger Häuser und bessere Planungssicherheit – rascher zu spüren. *Jedes weitere Jahr im alten DRG-System bedeutet für viele Häuser ein weiteres Jahr Defizitwirtschaft*, insbesondere für Grundversorger mit niedrigeren Fallzahlen. Der BDI hat in früheren Positionspapieren betont, dass gerade kleinere internistische Abteilungen im DRG-System benachteiligt sind und von einer Vorhaltefinanzierung profitieren würden. Die Verschiebung verlängert also die Durststrecke.

Andererseits argumentieren einige Akteure, dass die Verschiebung *unvermeidbar und sinnvoll* sei, um offene Fragen zu klären. Die Ersatzkassen (vdek) etwa nennen die Fristverschiebung "sachgerecht, zumal viele Fragen und Probleme hinsichtlich der Vorhaltefinanzierung noch ungeklärt sind". Tatsächlich waren bis Sommer 2025 zahlreiche Details unklar: Wie genau werden die *Mindestvorhaltezahlen* je Leistungsgruppe bestimmt? (Im Raum stehen Fallzahl-Schwellen, die teils als zu starr kritisiert werden.) Wie werden Überschneidungen mit G-BA-Qualitätsvorgaben (z.B. Mindestmengen) vermieden? Wie verteilt man das feste Budget auf Länder oder Regionen? Diese *Komplexität* führt dazu, dass manche eine langsamere Umsetzung bevorzugen. Die DKG jedoch hält dagegen, die Verschiebung um ein Jahr "*löst keines der Probleme*". In ihrer Stellungnahme zur Fachanhörung bezeichnet sie die derzeit geplante Vorhaltefinanzierung sogar als "völlig ungeeignet, die gesundheitspolitischen Ziele der Reform zu unterstützen". Weder verbessere sie die wirtschaftliche Lage der Häuser der Grundversorgung, noch fördere sie die Konzentration komplexer Leistungen – vielmehr schaffe sie Fehlanreize und Bürokratie. Diese scharfe Kritik zielt darauf ab, dass das Modell möglicherweise grundsätzlich überarbeitet werden muss. *Mit anderen Worten*: Ein bloßes Hinauszögern um ein Jahr hilft nicht, wenn die Konstruktion im Kern nicht passt. Die DKG fordert stattdessen ein wirklich fallunabhängiges Vergütungssystem, das von den Selbstverwaltungspartnern entwickelt werden sollte.

Somit steht die Politik vor einer schwierigen Aufgabe: *Zeit gewinnen, aber die Zeit auch nutzen, um die Vorhaltevergütung zu optimieren*. Der BDI dürfte Nachbesserungen vor allem im Sinne der Inneren Medizin einfordern. Beispielsweise müsste geklärt werden, wie Mischfälle abgerechnet werden (ein Patient, der zwei

Leistungsgruppen tangiert), oder wie verhindert wird, dass sich Häuser nur "knapp über die Schwelle" hangeln, um ein Budget zu bekommen. Außerdem muss die *Verzahnung mit der Weiterbildung* bedacht werden – Vorhaltekosten könnten etwa zusätzliche Mittel für die Finanzierung von Weiterbildungsstellen enthalten (eine Idee, die im Raum steht).

Aus Versorgungssicht birgt die Verschiebung ein erhebliches Risiko: *Bis 2028 bleibt das DRG-System unverändert in Kraft*, lediglich abgefedert durch etwas flexiblere Landesplanungs-Ausnahmen. Die ökonomischen Zwänge könnten in dieser Übergangszeit weitere Einschnitte verursachen (Abteilungen schließen aus Geldnot, Personal wird abgebaut, um kurzfristig zu sparen). Dadurch könnten sich genau die Probleme verschärfen, die die Reform eigentlich lösen will – etwa der schleichende Verlust bestimmter Angebote. Auch für die Mitarbeitenden verlängert sich die Unsicherheit: Viele fragen sich, wann die versprochene Entlastung durch Vorhaltebudgets wirklich ankommt. Gerade im Pflegebereich wurde die Erwartung geweckt, dass mit Vorhaltekosten mehr Personal finanziert werden kann; diese Hoffnung wird nun vertagt.

Alles in allem plädiert die BDI-Stellungnahme dafür, die Einführung der Vorhaltevergütung nur so weit wie unbedingt nötig zu verzögern – und die gewonnene Zeit konsequent für inhaltliche Korrekturen zu nutzen. Dazu zählen Anpassungen in der Leistungsgruppensystematik, der Grouper-Zuweisung und dem Zusammenspiel mit Weiterbildungsaspekten. Das Ziel muss bleiben, ab 2028 ein tragfähiges System zu etablieren, das sowohl die Grundversorgung als auch Spezialisierung fair honoriert. Bis dahin sind möglicherweise **Übergangslösungen** gefordert – etwa zusätzliche Gelder aus dem Transformationsfonds, um gefährdete Häuser bis 2028 über Wasser zu halten, oder regionale Absprachen zur Entlastung.

Für den Facharzt Nachwuchs und die Versorgungsqualität ist entscheidend, dass *kein Vakuum entsteht*: Die Reform muss in den kommenden zwei Jahren so vorbereitet werden, dass sie mit dem Start der Vorhaltefinanzierung voll greifen kann. Der BDI wird sicherlich darauf drängen, dass die Politik dieses Momentum nicht verspielt.

2.8. Bedeutung der ambulanten Versorgung im Kontext der Reform

Die Krankenhausreform betrifft nicht nur den stationären Bereich, sondern hat auch *erhebliche Auswirkungen auf die ambulante Versorgung*. Der BDI betont in seiner Stellungnahme, dass die vertragsärztliche Versorgung eine unverzichtbare Säule des Gesundheitssystems darstellt. Internistisch tätige Hausärztinnen und Fachärzte gewährleisten wohnortnah eine qualitativ hochwertige Betreuung und übernehmen einen Großteil der Patientenversorgung. Durch die Reform – speziell die Verlagerung ehemals stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich – wird die Bedeutung der Niedergelassenen weiter zunehmen. *Daraus folgert der BDI, dass eine Stärkung der ambulanten Ärzteschaft zwingend in den Reformprozess einbezogen werden muss.*

Konkret fordert der BDI *eine konsequente und vollständige Vergütung fachärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich* – analog zur bereits beschlossenen Entbudgetierung bei Hausärzten. Während Hausärztinnen und Hausärzte ab Oktober 2025 alle erbrachten Leistungen vergütet bekommen, gelten für Fachärzte weiterhin Quartalsbudgets und Regelleistungsvolumina, die ihre Leistungserbringung künstlich begrenzen. Das führt dazu, dass Fachärztinnen und Fachärzte über ein gewisses Pensum hinaus praktisch „unbezahlt“ arbeiten – und ihr Potenzial nicht ausschöpfen können. *Angesichts des steigenden Bedarfs* – z. B., weil mehr chronisch Kranke und ältere Patienten lieber ambulant behandelt werden als stationär aufgenommen zu werden – sei es ein entscheidender Schritt, diese Budgetierungen abzuschaffen. Nur so könne gewährleistet werden, dass genügend Fachärzte bereit sind, zusätzliche Leistungen zu erbringen und die entstehenden Lücken der Krankenhausreform (durch höhere Aufnahmeschwellen, Zentralisierungen etc.) zu füllen.

Diese Forderung nach *Entbudgetierung der Fachärzte* wird auch vom SpiFa und anderen Facharztverbänden unterstützt, da sie eine längst beklagte Ungleichbehandlung im Vergütungssystem adressiert. Gesundheitspolitisch bleibt das Thema jedoch heikel, da mittelfristig *Mehrkosten für die GKV* zu erwarten sind – entsprechend zögerlich agiert die Politik bislang. Der BDI argumentiert jedoch, dass Investitionen in die ambulante Versorgung *langfristig Einsparungen bringen*, da vermeidbare Krankenhauseinweisungen reduziert und Krankheitsverläufe durch frühzeitige ambulante Intervention verbessert werden können.

Neben der Vergütung verweist die BDI-Stellungnahme auch implizit auf die *Notwendigkeit integrierter Versorgungsformen*. So wird erwähnt, dass Level-1i-Krankenhäuser (also kleine Kliniken mit erweitertem ambulanten Angebot) und Ambulantisierung neue Perspektiven bieten. Die Reform ebnet den Weg für solche Hybridmodelle, wo z.B. ein kommunales Krankenhaus teilweise in ein regionales Gesundheitszentrum umgewandelt wird, das viel ambulant und kurzstationär leistet. Für Internisten könnte dies bedeuten, *flexibler zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu arbeiten* – etwa vormittags in der Klinik, nachmittags in der MVZ-Sprechstunde. Damit solche Modelle funktionieren, müssen aber *Sektorengrenzen abgebaut* werden. Der BDI fordert, dass die Sektorengrenzen weder für Patienten noch für Ärzte spürbar sein sollen. In der Weiterbildung hat er dies schon konkret mit den Verbundideen formuliert. In der Versorgung heißt das: Gemeinsame Vergütungsmodelle (wie Hybrid-DRGs oder Tagesbehandlungen), gemeinsame

digitale Infrastruktur und abgestimmte Planungen. Das KHAG selbst adressiert diese Themen nur am Rande, indem es Kooperationsmöglichkeiten erweitert und den Ländern mehr Spielraum gibt, ambulante Lösungen in ihre Planung einzubeziehen.

Ein besonders wichtiger Bereich ist die hausärztliche Versorgung durch Internisten ohne Schwerpunkt. Diese Gruppe – praktisch die "Hausärzte mit internistischer Ausbildung" – wurde bislang im Fördersystem benachteiligt. Der BDI setzt sich dafür ein, dass diese Ärzte ebenso gefördert werden wie Allgemeinmediziner, denn sie sind für die flächendeckende Grundversorgung ebenso notwendig. Angesichts der Reform, die möglicherweise zu einer weiteren *Ausdünnung* kleiner Krankenhausstandorte führt, ist es unerlässlich, ein Netz aus kompetenten Hausärzten zu haben, die Patienten auffangen und versorgen, damit nicht alle Fälle in die Ballungszentren wandern. Hier schließt sich der Kreis zur Weiterbildung: Mehr Anreize für junge Internisten, in die Fläche zu gehen und eine Praxis zu übernehmen, könnten gesetzt werden, wenn die Rahmenbedingungen stimmen (z.B. finanzielle Unterstützung, weniger Budgetstress, bessere Work-Life-Balance durch Netzwerke).

Gesundheitspolitisch wächst die Erkenntnis, dass Ambulantisierung nur gelingt, wenn zugleich die ambulante Versorgung gestärkt wird. Die KBV fordert dafür Investitionen in die Infrastruktur sowie den Abbau von Budgetbegrenzungen, damit zusätzliche Leistungen überhaupt bewältigt werden können. Einige Bundesländer planen Modellprojekte für sogenannte *Portalpraxen* an Kliniken, in denen niedergelassene Ärzte ambulante Notfälle behandeln, um Krankenhäuser zu entlasten – auch dies ist Teil des großen Umbaus. Der BDI unterstützt solche Ansätze, solange die Qualität stimmt und die ärztliche Weiterbildung darin Platz findet.

Im Kontext der BDI-Stellungnahme bedeutet die Betonung der ambulanten Säule vor allem: *Die Reform darf nicht isoliert auf das Krankenhaus fokussieren.* Wenn Leistungen aus dem stationären Bereich verschwinden – gewollt oder ungewollt –, müssen sie anderweitig verfügbar sein. Sei es die wohnortnahe Infusionsbehandlung für eine rheumatologische Erkrankung, die jetzt nicht mehr stationär erfolgt, oder die tägliche Wundversorgung eines angiologischen Patienten, der früher eine Woche im Krankenhaus geblieben wäre – all das muss ambulant organisiert und bezahlt werden. Versäumt man dies, drohen Versorgungslücken oder eine Überlastung der verbleibenden Krankenhäuser (weil Patienten dann notfalls doch stationär aufgenommen werden, wenn ambulant nichts da ist).

Der BDI setzt bewusst ein *Ausrufezeichen hinter die ambulante Versorgung*: Sie ist kein Nebenschauplatz, sondern ein zentraler Bestandteil der Reformstrategie. Sein Vorschlag der vollständigen Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen ist mutig und aus Patientensicht wünschenswert – ob die Politik ihn umsetzt, bleibt abzuwarten. Zumindest aber sollte der Gesetzgeber Mechanismen einbauen, die *eine Verstärkung der ambulanten Versorgung sicherstellen*, etwa indem Mittel aus dem Transformationsfonds auch in ambulante Strukturen (Gemeinschaftspraxen, Telemedizin-Netzwerke, mobile Dienste) fließen können. Nur mit einem starken ambulanten Fundament kann die Krankenhauslandschaft entlastet und zukunftsfähig umgebaut werden.

3. Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Stellungnahme des BDI vom 21.08.2025 liefert eine kritisch-konstruktive Begleitung der geplanten KHAG-Reform und beleuchtet zentrale *Wechselwirkungen zwischen Strukturvorgaben, Qualität und Nachwuchs*. Aus der Analyse ergeben sich mehrere übergeordnete Schlussfolgerungen:

- **Versorgungsqualität vs. Flexibilität:** Der BDI pocht auf die Einhaltung fachlicher Standards – etwa Leistungsgruppen entsprechend der Facharztweiterbildung und verbindliche Personalqualifikationen –, während die Politik teils mehr Spielräume für Länder und Kliniken schaffen will. Die Herausforderung wird sein, einen Mittelweg zu finden, der *Qualität sichert, ohne praxisuntaugliche Überregulierung*. Die breite Kritik an der Streichung von Infektiologie & Co. zeigt, dass gewisse Kernbereiche unangetastet bleiben sollten, will man keine Qualitätsverluste riskieren.
- **Weiterbildung und Facharznachwuchs als Gradmesser:** Die Reform muss daran gemessen werden, ob es gelingt, ausreichend Fachärztinnen und Fachärzte auszubilden und im Land zu halten. Zentralisierung darf nicht zur Erosion der Weiterbildung führen. Der BDI mahnt zu Recht an, dass *Nachwuchssicherung Teil der Reform sein muss* – sei es durch Verbundweiterbildung, finanzielle Förderungen oder gesetzliche Vorgaben (z.B. Mindestanzahl Weiterbildungsstellen pro Leistungsgruppe). Wird dieser Aspekt ignoriert, drohen in wenigen Jahren Betten und Geräte ohne qualifiziertes Personal, das sie nutzt.
- **Strukturwandel braucht Finanzierung und Zeit:** Die Umstellung der Finanzierung – Transformationsfonds aus Bundesmitteln und künftige Vorhaltebudgets – wird positiv bewertet, muss aber konsequent umgesetzt werden. Die Verzögerung der Vorhaltefinanzierung birgt Gefahren – hier besteht *Handlungsbedarf im Gesetzgebungsprozess*, um temporäre Lösungen zu finden und die Konzeption nachzuschärfen. BDI und DKG betonen, dass die Reform ökonomisch nur trägt, wenn das Vergütungssystem stimmig ist. Der Bundestag wird prüfen müssen, ob zusätzliche Übergangshilfen nötig sind und welche Anpassungen an der Vorhalte-Systematik sinnvoll erscheinen – beispielsweise ein Überdenken der Mindestvorhaltezahlen, um Fehlanreize zu vermeiden.
- **Ambulantisierung erfordert Verstärkung der Praxisstrukturen:** Mit der Betonung der ambulanten Versorgung weist der BDI auf einen potenziellen Schwachpunkt der Reform hin. Es genügt nicht, Kliniken umzubauen – parallel muss *die ambulante Kapazität ausgebaut* werden. Die Politik sollte erwägen, flankierende Maßnahmen zu ergreifen, etwa zusätzliche Arztsitze in unterversorgten Regionen, Ausbau von Portalpraxen, Förderung von lokalen Gesundheitszentren. Sonst droht eine Lücke zwischen dem, was Krankenhäuser nicht mehr leisten sollen, und dem, was Praxen derzeit leisten können.
- **Stakeholder-Konflikte moderieren:** Die Reformtouchpoints (Leistungsgruppen, Personalvorgaben, Qualitätskriterien) sind Gegenstand teils gegensätzlicher Interessen: Ärzte vs. Pflege, Länder vs. Bund, Kostenträger vs. Leistungserbringer. Der weitere Prozess erfordert *intensiven Dialog und Kompromissbereitschaft*. So wird man z.B. bei den

Pflegeuntergrenzen vielleicht einen Mittelweg definieren (Kontrollen reduzieren, aber z.B. bei Unterschreiten Sanktionen beibehalten) müssen. Auch bei den Leistungsgruppen könnte als Kompromiss herauskommen, dass Infektiologie doch als eigene Kategorie eingeführt wird, dafür an anderer Stelle (vielleicht in weniger frequenten Bereichen) zusammengelegt wird, um die Gesamtzahl nicht stark zu erhöhen.

Insgesamt zieht sich durch die BDI-Stellungnahme ein roter Faden: Ökonomische oder politische Erwägungen dürfen nicht auf Kosten medizinischer Vernunft gehen. Viele der Forderungen – etwa die Übereinstimmung von Leistungsgruppen mit der Weiterbildungsordnung – sind wissenschaftlich fundiert und logisch nachvollziehbar. Werden sie vom Gesetzgeber aufgegriffen, gewinnt die Reform deutlich an Substanz. Auch die Anregungen anderer Verbände (DGIIN, DGG, SpiFa, vdek, BAG Selbsthilfe u. a.) liegen in vielen Punkten auf gleicher Linie oder ergänzen die Perspektive – etwa zur Notfallmedizin (DGIIN) oder zur Patienteninformation bei Ausnahmen (BAG Selbsthilfe). Daraus kristallisiert sich ein *gemeinsames Ziel*: eine Krankenhauslandschaft, die qualitativ hochwertig, effizient und zukunftsicher ist – ohne regionale Lücken, mit ausreichend Personal und einer echten Vernetzung aller Sektoren.

Der Ausblick: Der weitere Gesetzgebungsprozess – von der Verbändeanhörung bis zu den parlamentarischen Beratungen im Herbst 2025 – wird zeigen, inwieweit die kritischen Stimmen Gehör finden. Bereits jetzt warnen Experten, dass zu viele Ausnahmen für die Länder die Reform verwässern könnten, während zu starre Vorgaben die Länder überfordern würden. Es gilt, das Reformziel – eine flächendeckende, qualitätsgesicherte Krankenhausversorgung – nicht aus den Augen zu verlieren. Die BDI-Stellungnahme leistet dazu einen wichtigen Beitrag. Sie benennt konkrete Korrekturen – etwa bei der Leistungsgruppensystematik, den Geriatrievorgaben und der Finanzierung der Weiterbildung. Setzt der Gesetzgeber diese Empfehlungen um, stehen die Chancen gut, dass die Krankenhausreform *ein Meilenstein für bessere Versorgung* wird und nicht nur ein technokratisches Umbauprojekt.

Gelingt es hingegen nicht, die Schwachstellen auszugleichen, drohen Qualitätsverluste in Spezialbereichen wie Infektiologie und Angiologie, Frustration beim medizinischen Nachwuchs, zusätzliche Pflegeengpässe und wachsende regionale Ungleichheiten. Das würde die Vertrauensbasis in die Reform unterminieren.

Die kommenden Monate sind daher entscheidend. Politik und Fachwelt müssen eng zusammenarbeiten, um die offenen Fragen zu klären. Die kritische Bewertung des BDI bietet dafür eine fundierte Grundlage – sie sollte als *Kompass im Feinschliff* des KHAG dienen. Mit einem gemeinsamen Kraftakt kann es gelingen, die Reform so auszurichten, dass *Versorgungsqualität, Weiterbildung und nachhaltige Strukturen Hand in Hand* gehen. Für Patientinnen und Patienten, aber auch für alle Gesundheitsberufe steht viel auf dem Spiel – nutzen wir die Chance, dieses zukunftsweisende Gesetz optimal zu gestalten.

Literatur und Quellen

BAG Selbsthilfe (21.08.2025). Stellungnahme zur KHAG. https://www.bag-selbsthilfe.de/aktuelles/nachrichten/detail/news/stellungnahme-zum-khag?utm_source=chatgpt.com

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (21.08.2025). Stellungnahme zum KHAG. https://www.bdi.de/politik-und-presse/politik/stellungnahmen/artikel/der-bdi-zum-referentenentwurf-der-bundesregierung-zum-entwurf-eines-gesetzes-zur-anpassung-der-krankenhausreform-khag/?utm_source=chatgpt.com

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (08.09.2023). Weiterbildung. <https://www.bdi.de/politik-und-presse/politik/positionen/artikel/weiterbildung/#:~:text=Mit%20der%20geplanten%20Krankenhausstrukturreform%2C%20die,nicht%20mehr%20stationär%20anbieten%20>0

Bundesministerium für Gesundheit. RefE Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/RefE_Krankenhausreformenpassungsgesetz_-_KHAG.pdf?utm_source=chatgpt.com

Bundesverband Geriatrie (21.08.2025). Stellungnahme zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG). <https://www.bv-geriatrie.de/positionen/stellungnahmen.html>

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (08.09.2025). Leistungsgruppe Infektiologie. <https://www.dgi-net.de/wp-content/uploads/2025/07/Dossier-Leistungsgruppe-Infektiologie.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (23.09.2025). Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). https://www.bundestag.de/resource/blob/1020284/20_14_0220-36-_DGI.pdf?utm_source=chatgpt.com

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin. Stellungnahme zum KHAG. <https://www.dgiin.de/wp-content/plugins/pdf-poster/pdfjs-new/web/viewer.html?file=https://www.dgiin.de/wp-content/uploads/2025/08/Stellungnahme-der-DGIIN-zum-KHAG.pdf&z=auto&raw=&nobaki=false&stdono=false&open=false&onlypdf=false&hscroll=false&side=false&isHideRightToolbar=false#page=0>

Deutsche Krankenhausgesellschaft (21.08.2025). DKG zur Fachanhörung zum Krankenhausreformenpassungsgesetz. <https://www.dkg-ev.de/dkg/presse/details/reformziele-richtig-umsetzung-noch-mit-erheblichen-maengeln/>

Verband der Ersatzkassen (vdek) (06.08.2025). Pressemitteilung. vdek zum Referentenentwurf „Krankenhausanpassungsgesetz“.
<https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2025/referentenentwurf-krankenhausanpassungsgesetz.html>